FILIPSTADS KOMMUN

Ansökan skickas till:

Filipstads kommun
Socialförvaltningen
682 27 Filipstad

ANSÖKAN OM INSATSER – enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

PERSONUPPGIFTER

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Telefonnummer:
Postnummer:	Ort:

Beskrivning av min funktionsnedsättning:
Detta behöver jag hjälp och stöd med:

Behandling av personuppgifter
De personuppgifter du lämnar oss behöver vi för att handlägga din ansökan om LSS- insatser. Vi hanterar dina uppgifter med stöd av gällande dataskyddslagstiftning och den lagliga grunden- allmänt intresse.

Det är socialnämnden som är personuppgiftsansvarig för uppgifterna. Vi har kvar dina uppgifter den tid som behövs för att vi ska kunna uppfylla våra skyldigheter. Mer information om hur vi hanterar dina uppgifter, vilka rättigheter du har och hur du kontaktar oss finns på vår webbplats www.filipstad.se.

FILIPSTADS KOMMUN

Ansökan skickas till:

Filipstads kommun
Socialförvaltningen
682 27 Filipstad

De här LSS-insatserna ansöker jag om	
☐ § 9:2 Personlig assistent	☐ § 9:9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
☐ § 9:3 Ledsagarservice	☐ § 9:10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig (gäller personkrets 1 och 2)
☐ § 9:4 Kontaktperson	☐ § 10 Begäran om individuell plan (gäller då man beviljats LSS-insats)
☐ § 9:5 Avlösarservice i hemmet	☐ § 16 Förhandsbesked (gäller dig som bor i annan kommun)
☐ § 9:6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	☐ Jag vet inte vilken insats enligt LSS som är lämplig och vill rådgöra med handläggare
☐ § 9:7 Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet	
☐ § 9:8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom	

Jag har tidigare ansökt om/eller fått insatser enligt LSS ja ☐ nej ☐

Om du svarat ja, i vilken kommun:

OBS! skicka gärna med intyg eller utredning som gäller min funktionsnedsättning, då kan vi utreda och besluta snabbare.

Godkännande

För att ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter.

Ange vilken kommun:

Jag godkänner att ni får hämta upplysningar om mig hos:
Försäkringskassan ☐ Socialtjänsten ☐ Sjukvården ☐ Annan kommun ☐

Har någon hjälpt dig med ansökan? Om ja fyll i uppgifterna nedan.

OBS! om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad, ska båda föräldrarna skriva under.

Ja godman/förvaltare ☐	Ja, vårdnadshavare ☐	Ja, annan ☐ Relation:
Namnteckning	Namnförtydligande	Utdelningsadress
Postnummer och postort	E-post	Telefonnummer

Underskrift

Namnteckning	Ort/datum
Namnförtydligande	